

採取行動通知

郡

通知日期 : _____
案件姓名 : _____
號碼 : _____
工作人員姓名 : _____
號碼 : _____
電話號碼 : _____
地址 : _____

(ADDRESSEE)

┌

└

┌

└

如果你有疑問，請跟你的工作人員連絡。
州聽證： 如果你認為此項行動是錯誤的，你可請求聽證。本頁反面告訴你如何進行。假如你在採取行動之前請求聽證的話，你的福利可能不會改變。

自 _____ 起，郡政府已把你的現金補助金額
從 \$ _____ 改為 \$ _____ 。

原因如下：

因州政府法規改變，已將你最高的補助降低百分之四。

如果你要求一個州聽證會：審判你案件的法官將不能夠增加你的補助如果你只是申訴或問題是法律上的改變。

如果你認為你的現金補助有錯誤，或者如果你有州法律所須的降低補助金以外的問題，你可能要請求州聽證會。

你新的現金補助金額計算在這通知上。

加州醫藥補助計畫(Medi-Cal)： 這份通知 不會 改變或停止 Medi-Cal 福利。 **請保留你的塑料福利辨認卡。**

法規： 這些條例適用；你可以在你的福利辦事處查看這些條例： MPP 44-315, MPP 69-211, MPP 70-105。